Gerhard Wildermuth

QUERSCHNITTUNTERSUCHUNG VON 200 LANGFRISTIG IN EINEM LANDESKRANKENHAUS HOSPITALISIERTEN SCHIZOPHRENEN

1980

1981

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555428_0022

Aus dem Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh
-Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie-
Leitender Arzt: Prof. Dr.Dr. K. Dörner

Querschnittuntersuchung von 200 langfristig in einem Landeskrankenhaus hospitalisierten Schizophrenen

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Fachbereiche

5 Vorklinische und Theoretische Medizin und
6 Klinische Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Gerhard Wildermuth

aus Preußisch Stargard/Westpr.

1980

Dekan: Prof. Dr. H. Themann

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Th. Winkler
2. Berichterstatter: Prof. Dr. R. Tölle

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Tag der Promotion: 12.12.1980

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Aus dem Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh
-Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie-

Referent: Prof. Dr. W.Th. Winkler
Korreferent: Prof. Dr. R. Tölle

ZUSAMMENFASSUNG

Gerhard Wildermuth

QUERSCHNITTUNTERSUCHUNG VON 200 LANGFRISTIG IN EINEM LANDESKRANKENHAUS HOSPITALISIERTEN SCHIZOPHRENEN

Inwieweit bei den 200 langfristig hospitalisierten Schizophrenen des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh noch spezifische schizophrene Symptome nachweisbar sind, war eine der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit. Es konnte gezeigt werden, daß bei 13,1 % der männlichen und bei 12,2 % der weiblichen Personen auch heute noch eine produktive Symptomatik im Vordergrund des Krankheitsgeschehens steht. In der verbleibenden Restgruppe fanden sich 22,8 % uncharakteristische Residualzustände, denen querschnittsbildlich nichts typisch Schizophrenes anhaftet, und 77,2 % endgültige Residualzustände, früher auch "Defekt- oder Endzustand" genannt, die sich durch Verschrobenheit des Denkens und Verhaltens, Antriebslahmheit, Verarmung des Affektes bis hin zum Autismus auszeichnen.

Von den männlichen Schizophrenen wiesen 9 Personen (14,7 % der Geschlechtergruppe) und von den weiblichen Schizophrenen 23 Personen (16,5 % der Geschlechtergruppe) eine geistige Behinderung leichten bis schwersten Grades auf. Zur ungünstigen Prognose einer schizophrenen Erkrankung bei gleichzeitigem Hinzutreten einer Minderbegabung paßt die Feststellung, daß im Vergleich zur Gesamtgruppe, abgesehen von 2 Männern, diese Patienten fast zu gleichen Anteilen zum ersten- oder zweitenmal stationär untergebracht sind, die ungünstige Entwicklung der Erkrankung demnach weitere Entlassungsversuche verhindert hat.

Entgegen den Erwartungen ließen sich bei den 200 untersuchten chronisch Schizophrenen die von HUBER (1976) beschriebenen coenästhetischen Störungen in keinem Fall nachweisen, obgleich doch gerade bei den sog. Defektzuständen entsprechende Beschwerden gehäuft auftreten sollen. Auch dort, wo sich in ganz seltenen Fällen einmal Ansätze in dieser Richtung zu eröffnen schienen, mußte eine solche Diagnose spätestens in dem Moment wieder fallengelassen werden, als sich bei näherer Befragung dann doch eine leibliche Halluzination mit dem Kriterium des "Gemachten" herauskristallisierte oder eine organische Grundlage der geschilderten Störungen offenkundig wurde.

Tag der Promotion: 12.12.1980

INHALTSVERZEICHNIS

A. EINFÜHRUNG 1

B. LITERATURHINWEISE

I. Klinische Typen der Schizophrenie 2

II. Geistige Behinderung und Schizophrenie 7

III. Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen 9

C. METHODISCHES VORGEHEN 15

D. ERGEBNISSE

I. Darstellung der gewonnenen Daten

1. Geschlechtsverteilung und Alter 17
2. Ledigenquote 17
3. Altersverteilung 19
4. Dauer des stationären Aufenthalts 20
5. Zahl der stationären Aufenthalte 21
6. Zusammenhang zwischen Dauer des stationären Aufenthaltes und Anzahl der Krankenhausaufenthalte 22

II. Symptomatologische Betrachtung

1. Zahlenmäßiger Vergleich 27
2. Residualzustand und endgültiger Residualzustand 28
3. Floride Symptomatik 29
4. Geistige Behinderung 31
5. Coenästhetische Störungen 33

E. ZUSAMMENFASSUNG 34

LITERATURVERZEICHNIS 37

DANKSAGUNG 39

LEBENSLAUF 40

A. EINFÜHRUNG

Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit bildete die Fragestellung, inwieweit bei den 200 langfristig hospitalisierten Schizophrenen des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh noch spezifische schizophrene Symptome nachweisbar sind, insbesondere im Sinne einer floriden psychotischen Symptomatik. Dabei interessierte auch das zahlenmäßige Verhältnis der Patienten mit produktiver schizophrener Symptomatik gegenüber solchen, deren gegenwärtiges Krankheitsbild unter dem Begriff des sog. Defektzustandes subsumiert werden kann. Schließlich ging es auch um die Frage der Häufigkeit von geistiger Behinderung in der Gruppe der chronisch Schizophrenen.

Ein besonderes Augenmerk galt den von HUBER (1976) beschriebenen Coenästhesien, die einerseits bei der überwiegenden Anzahl der Schizophrenen vorkommen sollen, bei denen aber angeblich vollständige Remissionen ebenso selten wie eine Progredienz in Richtung typisch schizophrener Defektpsychosen anzutreffen sind. Neben einer generellen Geschlechtsdisposition zugunsten der Männer wurden von HUBER bei Anstaltspatienten Coenästhesien in reiner Form nur bei 3 % der untersuchten Personengruppe beobachtet.

Der zuletzt angesprochene Fragenkomplex ist von allgemeinem Interesse im Hinblick darauf, ob es berechtigt ist, von der "Coenästhesie" als von einer weiteren Unterform der Schizophrenie zu sprechen.

B. LITERATURHINWEISE

I. Klinische Typen der Schizophrenie

Bei dem Versuch, Ordnung in die Vielfalt der schizophrenen Symptomatik zu bringen, sind schon vor Jahrzehnten mehrere Unterformen oder Prägnanztypen herausgestellt worden, die sich bis heute zur Beschreibung schizophrener Krankheitsbilder als brauchbar erwiesen und Eingang in die internationale Nomenklatur gefunden haben.
Es handelt sich um die paranoid-halluzinatorische, katatone, hebephrene und einfache Form der Schizophrenie. Oft steht zu Beginn oder im Verlauf der Krankheit einer der vier Symptomenkomplexe mehr oder weniger deutlich im Vordergrund des Krankheitsgeschehens, was zunächst zur Annahme eigenständiger und in sich abgeschlossener Krankheitsbilder führte. Verlaufsbeobachtungen ließen aber schon bald erkennen, daß die einzelnen Syndrome nacheinander oder im wiederholten Wechsel auftreten können. Daß ein in gesetzmäßiger Abfolge festgelegtes Durchlaufen der verschiedenen Syndrome in jedem Fall erfolgen müsse, hat sich indessen nicht bestätigt (WEITBRECHT 1973).
Während DÖRNER (1979) in der mühseligen und immer wieder korrigierten Entwicklung diagnostisch-nosologischer Grundbegriffe durch KRAEPELIN und deren nun seit 70 Jahren weltweiten Geltung einen in wissenschaftshistorischer Sicht ziemlich einmaligen Vorgang sieht, wenn man bedenke, wie schnell beispielsweise die Grundbegriffe der Physik sich wandelten, weisen SCHULTE u. TÖLLE (1979) auf eine bisher fehlende Konzeption hin, auf Grund derer sich eine überzeugende Gliederung durchsetzen könnte. Wenn man in der klinischen Diagnostik noch mit den Untergruppen arbeite, so geschehe dies in erster Linie, um die jeweils führende Symptomatik in der Diagnosestellung zum Ausdruck zu bringen, andererseits weil der Zeitpunkt der Manifestation und auch die prognostische Tendenz der schizophrenen Erkrankung eine gewisse Abhängigkeit von den genannten Syndrom-Typen aufwiesen und weil schließlich aus den jeweils vorherrschenden Symptomen ("Leitsymptome") die Indikation für eine differenzierte Pharmako-

therapie abzuleiten sei. Anstatt nur von Syndromen und Verlaufsformen auszugehen, liege es mehr im Interesse der heutigen Psychiatrie, nach den einzelnen Entstehungsbedingungen und dem Bedingungsgefüge sowie nach den therapeutischen Ansätzen und den Behandlungsergebnissen zu fragen, um auf diesem Wege zu einer Gliederung in der Gruppe der Schizophrenien zu kommen. Wie diese Vorstellungen allerdings verwirklicht werden können, bleibt offen.

Besondere Bedeutung kommt der paranoid-halluzinatorischen Form der Schizophrenie zu, da schizophrene Krankheitsverläufe ohne paranoide oder halluzinatorische Symptomatik kaum vorkommen. Mit Hilfe von Längsschnittuntersuchungen konnte JANZARIK (1968) zeigen, daß bei 80 % der chronisch Schizophrenen wenigstens einmal im Verlauf der Krankheit eine Wahnsymptomatik auftrat. Schizophrene Psychosen mit im Vordergrund stehender paranoid-halluzinatorischer Symptomatik haben einen späteren Beginn als andere Formen. Wenn die Krankheit im fünften Lebensjahrzehnt oder später ausbricht, bleibt die Gesamtpersönlichkeit nach Ablauf des akuten Stadiums zwar meist gut erhalten, doch zeigt sich eine Tendenz zur Fixierung paranoid-halluzinatorischer Erlebnisse, die therapeutischen Bemühungen jedweder Art häufig unzugänglich sind.

Katatonien wirken im Vergleich zu den anderen schizophrenen Bildern viel elementarer, leibnäher, "organischer" (K. SCHNEIDER 1976). Außer bei jugendlichen Patienten hat die akute katatone Symptomatik im allgemeinen eine recht günstige Prognose, wie überhaupt stürmische Verläufe eine gute Besserungstendenz aufweisen. Sowohl im Rahmen chronisch verlaufender Schizophrenien als auch bei sog. Defektschizophrenien treten katatone Symptome immer wieder einmal auf. Die perniziöse Katatonie ("akute tödliche Katatonie" im Sinne von STAUDER) zeichnet sich über die katatone Symptomatik hinaus durch hohes Fieber und den Kreislauf betreffende Störungen aus. Die Kranken können äußerst erregt sein oder auch stuporös mit hochgradiger innerer Gespanntheit. In den meisten Fällen han-

delt es sich um ein lebensbedrohliches Zustandsbild, über dessen Ursachen bis heute keine Klarheit herrscht. Der Annahme, daß es sich um eine mit unseren heutigen klinischen Methoden noch nicht erkennbare Encephalitis handeln könnte, stehen solche Fälle entgegen, bei denen auch neuropathologische Untersuchungen keinen krankhaften Befund ergaben. Während die perniziösen Katatonien früher fast immer letal verliefen, ist sie bei den heute zur Verfügung stehenden klinischen Behandlungsmethoden seltener geworden. SCHULTE u. TÖLLE führen hierzu aus: "Seit etwa 20 Jahren wird sie kaum noch beobachtet. Die Gründe für die Abnahme sind nicht geklärt. Möglicherweise verhindert die frühzeitige Behandlung mit Psychopharmaka heute die Ausbildung dieser Komplikation". Dem Verf. ist ein Fall aus jüngster Zeit bekannt, wo auch der rechtzeitige Einsatz von Psychopharmaka den tödlichen Ausgang dieser Erkrankung bei einem jungen Menschen nicht verhindern konnte. Der dabei beobachtete Verlauf steht in einem gewissen Gegensatz zu der von HUBER (1976) geäußerten Ansicht, wonach entsprechende Krankheitsbilder, soweit sie noch beobachtet werden, im Sinne einer Mitigierung und Protrahierung modifiziert seien und nicht mehr letal enden würden. Im erwähnten Fall waren die in der Literatur beschriebenen Kardialsymptome: jugendliches Alter, akutester Ausbruch, schwerste stumme Erregung und mäßige Akrozyanose, nachweisbar.

Bei der hebephrenen Form der Schizophrenie imponieren läppisches Verhalten, affektive Verflachung und Enthemmung sowie vereinzelt Distanzlosigkeit. Obgleich diese Symptomatik vor allem beim Ausbruch der Krankheit im Jugendalter hervorzutreten pflegt, kommt sie seltener auch im höheren Lebensalter vor, so daß für den heutigen Hebephreniebegriff das Erkrankungsalter im Grunde keine Rolle mehr spielen sollte (HUBER 1976). Würde man dem Gedanken von HUBER folgen, dann wäre der Begriff Hebephrenie als eine ursprünglich auf das Lebensalter abzielende Bezeichnung nunmehr von diesem abgehoben und hätte stattdessen nur Symptomatisches zum Inhalt, wogegen sich sowohl K. SCHNEIDER als auch WEITBRECHT wandten, da für sie der Begriff Hebephrenie lediglich das Auftreten der Psychose im

jugendlichen Alter bezeichnete und im Gegensatz zu den anderen Schizophrenieformen nicht auf die vorliegende Symptomatologie verwies.
Ohne diesen Gegensatz aufheben zu wollen, kann aber wohl doch davon ausgegangen werden, daß im heutigen psychopathologischen Sprachgebrauch die Hebephrenie auf der gleichen begrifflichen Ebene angesiedelt ist wie die einfache, katatone und paranoid-halluzinatorische Form der Schizophrenie.
Erschwert wird die Diagnosestellung bei Jugendlichen nicht selten durch das Vorhandensein scheinbar anderweitig verursachter Persönlichkeitsstörungen, ganz besonders im Rahmen eines jahrelangen Drogenmißbrauchs.

Die einfache Form der Schizophrenie oder Schizophrenia simplex zeichnet sich durch ihren allmählichen und undramatischen Beginn aus. Wenn auch nur langsam, so doch umso tiefgreifender, bilden sich die von E. BLEULER (1979) beschriebenen Grundsymptome der Schizophrenie aus, wobei das Denken, die Affektivität und der Realitätsbezug am meisten beeinträchtigt sind. Hin und wieder können für kurze Zeit flüchtige Ansätze wahnhafter Symptome hinzutreten. Die Krankheit verläuft meist langsam progredient und hat in der Regel ausgeprägte Persönlichkeitsveränderungen zur Folge. Wesentlich ist das von E. KRETSCHMER beschriebene "Versickern strömender Energie auf freier Strecke".

HUBER (1976) beschrieb eine coenästhetische Form der Schizophrenie, die er als weitere Unterform verstanden wissen möchte. Bildbestimmend sind Leibgefühlsstörungen vielfältiger Art, die sich durch das fehlende Kriterium des "Gemachten" klar von halluzinatorischen Erlebnissen abgrenzen lassen. Die Abgrenzung von hypochondrischen Störungen ist jedoch mit grossen Schwierigkeiten verbunden, wenn man berücksichtigt, "daß außer den qualitativ eigenartigen Leibgefühlsstörungen (Coenästhesien i.e.S.) beim gleichen Patienten auch völlig uncharakteristische und diagnostisch neutrale Mißempfindungen und 'Hypochondrismen' vorkommen". In der Längsschnittbeobachtung könne man bei ein und demselben Patienten den Über-

gang von diagnostisch neutralen Mißempfindungen über Coenästhesien zu Leibhalluzinationen mit dem Kriterium des Gemachten verfolgen.
Nach dieser Beschreibung erhebt sich die Frage, ob angesichts der von HUBER postulierten fließenden Übergänge und des ständigen Symptomwandels die außerdem noch oft "verschwommen, diffus, unpräzise, nicht festlegbar" erscheinende Beschwerdeschilderung für den klinischen Alltag überhaupt noch von Bedeutung sein kann, falls sie es bisher überhaupt war.

Im folgenden soll kurz auf die recht widersprüchlichen Angaben von HUBER bezüglich der Häufigkeit des Vorkommens dieser Unterform eingegangen werden.
So sollen Coenästhesien bei 73 % der Schizophrenien vorkommen und beim coenästhetischen Typ dominieren. Da bei dieser Form eine schizophrene Symptomatik nur episodisch auftritt und über weite Strecken fehlt, seien die Patienten die meiste Zeit im Querschnittsbild nicht als schizophren erkennbar. Daher sei die Diagnose nur während der kurzen psychotischen Exazerbationen möglich. Wegen der uncharakteristischen Verlaufsstrekken kämen Patienten mit der coenästhetischen Form der Schizophrenie nur selten in psychiatrische Kliniken und Krankenhäuser. Die von HUBER als vierter Typus heraushebbare coenästhetische Form wurde in einem Klinikkrankengut in 15 %, bei Anstaltspatienten (Wiesloch-Studie) in reiner Form nur bei 3 % beobachtet.

Nicht ohne Grund bestand auch zu Beginn der vorliegenden Untersuchung an zumeist langfristig hospitalisierten Schizophrenen die von HUBER genährte Erwartung, bei einem Großteil der Patienten coenästhetische Symptome ohne Schwierigkeiten auffinden zu können.

Ob es berechtigt sei, hier von "einer weiteren Unterform der Schizophrenie" zu sprechen, bedarf nach SCHULTE u. TÖLLE noch der Bestätigung.

II. Geistige Behinderung und Schizophrenie

Wenn geistige Behinderung und schizophrene Psychose zusammentreffen, wird nicht selten auch heute noch von "Pfropfschizophrenie" gesprochen, wobei man davon ausgeht, daß schizophrene Geistesstörungen sich gleichsam auf dem Boden des Schwachsinns entwickeln, sich auf ihn "aufpfropfen". Sinnvoller wäre es, von "Schizophrenie bei Schwachsinnigen" zu sprechen, da in der Regel eine zufällige Kombination von Oligophrenie und Schizophrenie vorliegt. Bei den schizophrenen Psychosen Schwachsinniger ist die Minderbegabung nur insofern wirksam, als sie das Erscheinungsbild färbt und gestaltet (HUBER 1976).

Die bei Schwachsinnigen gehäuft auftretenden Konfliktreaktionen haben ihre Ursache in der mangelnden Belastungsfähigkeit und den nur sehr gering entwickelten Bewältigungsmöglichkeiten für Konflikte, so daß sie einerseits sehr viel schneller in Konfliktsituationen hineingeraten und zum anderen im Gegensatz zu Individuen mit normaler Intelligenz nur sehr langsam aus der Verstimmung wieder herauskommen.
K. SCHNEIDER (1976) hat diesen Vorgang treffend beschrieben, als er davon sprach, "daß dem Schwachsinnigen der Rückzug aus solchen Reaktionen schwerfällt, ganz ähnlich, wie man das auch bei Kindern sehen kann: der Anlaß des Sturmes ist längst beseitigt, aber der Sturm legt sich nicht sogleich. Kopfloses Mißtrauen und Neigung zu Sinnestäuschungen aus Angst und Panik heraus können diese Erlebnisreaktionen recht reich gestalten und auch das Herausfinden aus ihnen erschweren. Solche Erlebnisreaktionen sind für uns auch dann keine Psychosen, wenn Symptomreichtum und Verhalten das Ausmaß von wirklichen Psychosen zu haben scheinen".

Da Schwachsinnige im allgemeinen sehr viel wortkarger und nur wenig differenziert Auskunft über ihr Erleben geben können, fehlt das wichtigste Mittel zur psychopathologischen Beschreibung und diagnostischen Einordnung. Aus diesem Grund wird die Diagnose "Schizophrenie bei Schwachsinnigen" zu oft gestellt. Dabei ist es in vielen Fällen außerordentlich schwer, eindeu-

tige Symptome in Richtung einer Schizophrenie auszumachen. Eine Gefahr liegt sicher darin, die primär dem Schwachsinn zuzurechnenden Störungen des Denkens, der Affektivität und des Antriebs mit den Grundsymptomen einer Schizophrenie in Zusammenhang bringen zu wollen.
Auch bei den selten einmal auftretenden akzessorischen Symptomen kann man meist bei genauer Betrachtung nicht umhin, sie mehr dem Schwachsinn als der schizophrenen Geistesstörung anzulasten.

III. Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen

Der Beginn einer schizophrenen Erkrankung kündigt sich im allgemeinen durch ein bis dahin ungewohntes Verhalten und Erleben an. Wie bei den einzelnen Unterformen ausgeführt wurde, kann die Veränderung in manchen Fällen eine ganze Zeit lang unbemerkt von der betroffenen Person und der Umgebung verlaufen, um dann schließlich in eine nicht mehr nachvollziehbare Veränderung einzumünden. In der Mehrzahl der Fälle bricht das fremde Erleben jedoch plötzlich in den bisherigen Lebensablauf ein und wird insbesondere von den nicht unmittelbar Betroffenen als fremdartig oder "verrückt" erlebt, während der Kranke selbst im akuten Stadium so sehr von dem psychotischen Geschehen beherrscht werden kann, daß er für seine Umgebung unerreichbar geworden ist. Mancher Patient ist somit der Wirklichkeit weit entrückt und empfindet darum die vielfältigen Interventionen seitens der Außenwelt als eine unzulässige Einmischung in sein innerseelisches Erleben, der er sich nicht selten mit allen Mitteln entziehen möchte.

Die schizophrene Erkrankung tritt gehäuft vor dem 30. Lebensjahrzehnt auf, und zwar bei Männern früher als bei Frauen. Bei den Frauen nimmt die Erkrankungshäufigkeit langsamer als bei den Männern ab, um nach manchen Autoren zur Zeit des Klimakteriums erneut anzusteigen. Spätschizophrenien sollen bei Frauen häufiger als bei Männern auftreten.

Früher herrschte die Ansicht vor, daß die Schizophrenie in wiederholten Schüben ablaufend unaufhaltsam zu einer von Schub zu Schub sich verstärkenden Persönlichkeitsveränderung führt und im Defektzustand endet. Diese Meinung ist schon vor langer Zeit durch ausgedehnte Verlaufsuntersuchungen M. BLEULERs (1972) korrigiert worden, der nachweisen konnte, daß bei einem Viertel bis zu einem Drittel der Fälle die Ersterkrankung folgenlos ausheilt, bei einem weiteren Drittel trotz Wiedererkrankungen in unterschiedlichen Zeitabständen sowie mit unterschiedlicher Häufigkeit die Krankheit folgenlos abklingt und der Betroffene während der Intervalle praktisch ge-

sund ist. In einem weiteren Drittel der Krankheitsfälle hinterlassen die wiederholten Schübe jedoch Einbußen in Form von Persönlichkeitsveränderungen. Treten diese nur leicht hervor, kann der Betroffene durchaus sozial integriert undarbeitsfähig sein; WEITBRECHT (1973) spricht hier von einer "sozialen Remission", die einer Teilremission gleichkomme.

In wenigen Fällen kann der Verlauf ausgesprochen ungünstige Formen annehmen und mit jedem neuen Schub in zunehmendem Maße bleibende Persönlichkeitsveränderungen schaffen, die bis zu einem Persönlichkeitszerfall führen können. Zu Unrecht haben jedoch die letztgenannten Verläufe das Bild von der Schizophrenie insgesamt stark beeinflußt und zum Begriff der "Prozeßpsychose" geführt. Dieses in früheren Jahren entstandene Bild orientierte sich vorwiegend an Beobachtungen in Krankenanstalten mit ungünstiger Selektion und kann daher nicht für die Gesamtheit der Schizophrenien gelten. Die bereits erwähnten Untersuchungen von M. BLEULER haben die auch heute noch mancherorts geltende Auffassung von der unheilbaren schizophrenen Erkrankung maßgeblich zu korrigieren versucht. Er fand, daß im Durchschnitt nach 5 Jahren eine Verschlechterung des Krankheitsbildes kaum noch feststellbar ist, sondern eher eine Besserungstendenz eintritt. Sogar nach langjährigem ungünstigen Verlauf sind spontane oder durch therapeutische Bemühungen bedingte Besserungen nicht ausgeschlossen, ja es sollen vereinzelt auch dann noch Heilungen möglich sein. Weiter hat sich gezeigt, daß die ungünstigen Verlaufsformen ("schizophrene Katastrophen" i.S. von MAUZ, 1930) seltener geworden sind.

Es hat nicht an Versuchen gefehlt, schon zu Beginn der Erkrankung prognostisch günstige und weniger günstige Merkmale herauszufinden. Für eine günstige Prognose werden angeführt: akuter Krankheitsbeginn, gute Remission früherer Schübe, langes Intervall zwischen den einzelnen Schüben, starke Ausprägung akzessorischer Symptome (Wahn, halluzinatorische Erlebnisse und katatone Störungen) sowie gute Kontakt- und An-

passungsfähigkeit. Ungünstig sollen sich auswirken: schleichender Krankheitsbeginn, häufige Schübe, im Vordergrund stehende Grundsymptome (typische Veränderungen des Gedankenganges, der Affektivität und des subjektiven Erlebens der eigenen Persönlichkeit) sowie erschwerte zwischenmenschliche Zuwendung.

Die Krankheit läuft nicht, wie früher vielfach angenommen, in einer unbeirrbaren Eigengesetzlichkeit ab. Der Verlauf hängt vielmehr neben der ärztlichen Behandlung und Nachbehandlung jedweder Art auch ganz entscheidend von den Lebensumständen des einzelnen ab, die im Falle ungünstiger Konstellation ohne weiteres psycho-soziale Dekompensationen bewirken können.
Nach HUBER (1976) reagieren teilremittierte Schizophrene sehr empfindlich auf Schwankungen des sozialen Umfeldes. Scheinbar banale situative Momente sind demnach für die Rezidivauslösung offenbar noch bedeutsamer als für die erste Manifestation der Erkrankung.

Trotz unterschiedlicher Verläufe schizophrener Krankheitsbilder zielen sie bei Fortschreiten der Erkrankung stets in Richtung einer schizophrenen Persönlichkeitsveränderung. Für solche Persönlichkeitsveränderungen, bei denen schizophrene Grundsymptome bildbestimmend sind, während akzessorische Symptome nur mehr hintergründig in Form von verfestigten Wahnresten oder flüchtigen katatonen Symptomen vorliegen, hat sich in letzter Zeit die Bezeichnung "Residualzustand" immer mehr eingebürgert. Zwischenzeitliches Aufflackern akut-psychotischer Symptomatik ist auch hier immer wieder einmal möglich, wobei es allerdings echte Schübe oder Phasen von abnormen Reaktionen des in seiner Verarbeitungsfähigkeit eingeengten Kranken auf gefühlsbetonte Erlebnisse zu unterscheiden gilt (HUBER). Beim mehr oder weniger deutlichen "Defekt" oder "endgültigen Residualzustand" beobachten wir: hochgradige Verhaltensstörungen, Störungen des Denkens, Antriebslahmheit und Affektverarmung, was letztlich zum Verlust jeglicher Umweltkontakte führen kann.
Im Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten

(ICD-9-1980) wird dieses als "Schizophrener Rest- und Defektzustand" (ICD-295.6) beschriebene Krankheitsbild folgendermaßen charakterisiert: "Eine chronische Form der Schizophrenie, in der die Symptome, die von der akuten Phase weiterbestehen, meistens ihre Schärfe verloren haben. Das Gefühlsleben ist abgestumpft, die Denkstörungen, auch wenn sie grob auffällig sind, verhindern nicht, daß Routinetätigkeit ausgeübt werden kann".

Während hinsichtlich Verursachung, insbesondere aber im Blick auf Klassifikation und Verlauf schizophrener Psychosen, bei den verschiedensten Autoren über weite Strecken Einigkeit besteht, kann die Vielzahl heute noch gebräuchlicher Bezeichnungen für den Ausgang dieser Erkrankung keineswegs befriedigen, wenn sie auch ein Spiegelbild des Auffassungswandels in den vergangenen Jahrzehnten darstellen mag. Da ist von "Demenz", oder "Verblödung","Defekt", "Endzustand","reinem Defekt", "Reduktion des energetischen Potentials" und von "Residuen" verschiedenster Art die Rede.
SCHULTE u. TÖLLE (1979) haben gerade zu diesem Problemkreis einige wesentliche Anregungen gegeben, indem sie zunächst nochmals darauf verweisen, daß die Termini "Defekt" und "Endzustand" das Unabänderliche zu sehr betonten. Neuere Erfahrungen hätten auch in diesem fortgeschrittenen Stadium noch Möglichkeiten der Reversibilität aufgezeigt. Mit dem Begriff "Potentialverlust" lasse sich ein wichtiger Aspekt des chronischen Verlaufs erfassen; nämlich der Verlust an Aktivität, Antrieb, Initiative und affektiver Lebendigkeit. Demgegenüber seien die älteren Bezeichnungen wie "affektive Verflachung", "Versandung" oder "affektive Verblödung" schon deshalb nicht angebracht und zutreffend, weil sich selbst hinter einem unbeteiligt wirkenden Verhalten noch lebhaftes Gefühlsleben verbergen könne, welches allerdings nur selten hervortrete. Emotionale Erlebnisfähigkeit und Antrieb seien keineswegs immer gestört oder erloschen, vielmehr mangele es den Kranken an der Möglichkeit, Affekte zu äußern.

Aus diesen Gründen wurde von den genannten Autoren der Begriff "schizophrener Residualzustand" bevorzugt; er umschreibe, was nach floridem Stadium der Krankheit verbleibe und impliziere keine nach neueren Erkenntnissen zum mindesten zweifelhaften und für die Kennzeichnung dieser Krankheitsgruppe der Schizophrenien unnötigen Aussagen.
Dieser Anschauung kann nur beigepflichtet werden.

Noch ein weiterer wesentlicher Aspekt bei der Beurteilung des chronisch Schizophrenen wird von den Autoren hervorgehoben, nämlich die Tatsache, daß der Residualzustand nicht nur als Folge eines unaufhaltsamen Krankheitsprozesses anzusehen ist, sondern die Psychodynamik des jeweiligen Patienten im Sinne eines Abwehrvorganges bei seiner Ausformung eine Rolle spielt. Die vom Außenstehenden wahrgenommene Entfernung des Kranken von der Lebensrealität könne somit auch eine Entlastung von der bedrückenden und belastenden inneren und äußeren Welt bedeuten. Der im Residualzustand mühsam erreichte und mit allen Mitteln aufrechterhaltene status quo stelle einen Schutz gegenüber neuerlicher Aktualisierung schizophrener Symptomatik dar.

Auch wenn solche Abwehrvorgänge nicht bei der Mehrzahl der chronisch Schizophrenen angenommen werden können, erscheint es einleuchtend, daß die Entwicklung eines Residualzustandes von äußeren Faktoren sowohl günstig als auch ungünstig beeinflußt werden kann. Nicht ganz zu Unrecht wird in diesem Zusammenhang auf die Psychiatrischen Krankenhäuser alten Stils hingewiesen, die eine Inaktivierung des Kranken und den Verlust mitmenschlicher Beziehungen geradezu gefördert hätten. Eine der Krankheit zugerechnete Persönlichkeitsveränderung sei darum in Wirklichkeit häufig zu einem beträchtlichen Teil Folge der jahrzehntelangen Hospitalisierung.

Die Frage, in welchem Ausmaß aber tatsächlich solche äußeren Faktoren an der Ausbildung eines chronischen Krankheitsbildes

beteiligt sind, läßt sich kaum beantworten, wie auch bei der Besprechung der vorliegenden Untersuchungsergebnisse zu zeigen sein wird. Wer gegen die zurückliegenden Jahrzehnte der Krankenhauspsychiatrie kritische Einwände in dieser Richtung erhebt, übersieht dabei sehr leicht, daß erst die zwischenzeitlich eingetretene positive Entwicklung diese Kritik ermöglicht und sie sinnvoll erscheinen läßt. So sind beispielsweise gewohnte soziale Kontakte durch Kriegs- und Nachkriegseinwirkungen zwangsläufig abgeschnitten und zerstört worden, die beim besten Willen aller Beteiligten nicht mehr ersetzt werden konnten.
Zum anderen haben die unbestreitbaren Erfolge der Psychopharmakotherapie die Voraussetzungen zu einer verstärkten Öffnung nach draußen geschaffen, während es früher vor allem darum gehen mußte, den kranken Menschen mit seinen kaum zu beeinflussenden Störungen von der Außenwelt abzuschirmen. Man denke nur an die überlieferten grausamen Behandlungsmethoden bei Epileptikern, von denen man sich in Ermangelung der heute zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten Hilfe versprach.
Erst die Pharmakotherapie schuf die Voraussetzungen für die breite Einführung soziotherapeutischer Maßnahmen (JANZARIK 1974).

C. METHODISCHES VORGEHEN

Die Untersuchung des eingangs genannten Personenkreises erfolgte in der Zeit vom 14.9. bis zum 6.12.1978. Als Stichtag für die Ermittlung des Durchschnittsalters und der Verweildauer im Landeskrankenhaus Gütersloh wurde der 31.10.1978 bestimmt. In die Untersuchung wurden alle Personen einbezogen, die im Rahmen einer vorausgegangenen Gesamtstatistik durch entsprechende Diagnosenummern nach dem ICD-8-1975 als zur Gruppe der Schizophrenien gehörend klassifiziert worden waren und deren stationärer Aufenthalt mindestens einen Zeitraum von 2 Jahren umfaßte. Bei der Durchsicht der in Frage kommenden Krankengeschichten wurden im wesentlichen folgende Daten erfaßt:

1.) Geschlecht,
2.) Alter,
3.) Geburtsort,
4.) Schulbildung und Beruf,
5.) Datum der Erstaufnahme im Landeskrankenhaus Gütersloh, welches in den meisten Fällen mit dem Auftreten der Ersterkrankung identisch war; darüber hinaus datumsmäßige Erfassung aller stationären Aufenthalte in der Folgezeit,
6.) Anzahl der stationären Aufenthalte. In diesem Zusammenhang stichwortartige Erfassung des jeweiligen psychischen Befundes bei der Erstaufnahme und den Wiederaufnahmen.

Dem Krankenblattstudium folgte eine Exploration der Patienten, in welcher das gegenwärtige psychische Befinden und Verhalten festgehalten wurde. Besonderes Augenmerk galt hierbei formalen und inhaltlichen Denkstörungen, Störungen der Affektivität und des Kontaktes, Störungen des Antriebs, Wahrnehmungsstörungen (Sinnestäuschungen) sowie Ichstörungen. Bei den Wahrnehmungs-

störungen wurde nicht zuletzt auf abnorme Leibgefühle (Coenästhesien) geachtet, von denen sich die leiblichen Halluzinationen definitionsgemäß durch das Kriterium des "Gemachten" abgrenzen lassen.
Soweit aus den Krankenblattaufzeichnungen neben der spezifischen schizophrenen Geistesstörung das Vorhandensein einer geistigen Behinderung nicht bereits zweifelsfrei hervorging, wurde auch diesem Aspekt besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Während des zwischen Erstellung der oben erwähnten Gesamtstatistik und dem Untersuchungsbeginn liegenden mehrmonatigen Zeitraums waren einige der ursprünglich in Frage kommenden Patienten bereits in Heime verlegt worden, zwei weitere waren zwischenzeitlich verstorben, so daß zum Schluß 200 Personen in die Untersuchung einbezogen werden konnten.

D. ERGEBNISSE

I. Darstellung der gewonnenen Daten

1. Geschlechtsverteilung und Alter

Unter den 200 langfristig hospitalisierten Schizophrenen befanden sich 139 Frauen (69,5 %) und 61 Männer (30,5 %). Das Durchschnittsalter zum Stichtag (31.10.78) betrug bei den Frauen 59,6 Jahre und bei den Männern 57,5 Jahre.

Geschlechtsverteilung und Durchschnittsalter (Tab. 1)

Geschlecht	Anzahl	%	Durchschnittsalter
Frauen	139	69,5	59,6 Jahre
Männer	61	30,5	57,5 Jahre

CIOMPI u. MÜLLER (1976) fanden in ihrer Untersuchung 68,2 % Frauen und 31,8 % Männer. HUBER u. Mitarb. (1976) berichten bei Patienten der Bonner Nervenklinik von einem Überwiegen der Frauen mit 58,4 % gegenüber den Männern mit 41,6 %; unter Einbeziehung von Patienten des Rheinischen Landeskrankenhauses Bonn und einer Bonner Privatklinik wurde der Unterschied noch deutlicher: 64 % Frauen und 36 % Männer

2. Ledigenquote

In verschiedenen Untersuchungen chronisch Schizophrener (CIOMPI u. MÜLLER 1976; SCHÜTTLER u. Mitarb. 1973) wurde eine gegenüber der Normalbevölkerung erhöhte Ledigenquote gefunden, die bei einer Untersuchung von Anstaltspatienten (JANZARIK 1968) sogar 64 % betrug. Als Ursache hierfür werden die prämorbide Kontaktschwäche und unterdurchschnittliche Vitalität des psychisch Kranken angenommen, die festeren Partnerbeziehungen von vornherein entgegenstehen.

Bei der eigenen Untersuchung wurden alle diejenigen Patienten als verheiratet angesehen, die mindestens einmal eine

Ehe eingegangen sind, unabhängig davon, ob die Ehe später scheiterte oder der Ehepartner verstarb.

Ledigenquote (Tab. 2)

Schizophrenien	Frauen %		Männer %	
	led.	verh.	led.	verh.
Geistige Behinderung	65,2	34,8	77,8	22,2
Spätschizophrenie (Paranoide Form)	--	100,0	--	100,0
Sonstige	69,0	31,0	78,4	21,6

Innerhalb der beiden Geschlechtergruppen finden sich jeweils fast identische Ledigenquoten von 65,2 bzw. 69 % bei den Frauen und 77,8 bzw. 78,4 % bei den Männern, ob nun eine geistige Behinderung zur schizophrenen Erkrankung hinzutritt oder nicht. Bei Durchsicht der Krankenblattunterlagen hatte sich zunächst der Eindruck festgesetzt, als sei die Ledigenquote bei den geistig Behinderten unter den chronisch Schizophrenen von geringerem Ausmaß als bei den übrigen Patienten. Diese Einschätzung bestätigte sich ebensowenig wie die gegenteilige Ansicht, daß die Ledigenquote vielleicht bei den geistig Behinderten vergleichsweise höher ausfallen müßte. Bei den Männern liegt die entsprechend den oben erwähnten Untersuchungen ohnehin schon hohe Ledigenquote um etwa 10 % höher als bei den Frauen.
Nicht ganz unerwartet, wenn auch in dieser Deutlichkeit ein wenig überraschend, ist der "Zivilstand" (CIOMPI u. MÜLLER 1976) der Spätschizophrenien, die allesamt eine Ehe eingegangen waren. Dies hängt zweifellos mit der späten Manifestation der Erkrankung zusammen, die sich ja auch in ihrem weiteren Verlauf vom Erscheinungsbild her wesentlich von den anderen Schizophrenieformen unterscheidet, indem die Persönlichkeit des Kranken weitgehend intakt bleibt

bei gleichzeitig mehr oder weniger fixierter Wahnsymptomatik. Trotz der häufig farblosen und monotonen Symptomatik entsprechen die Spätschizophrenien grundsätzlich den Erscheinungsbildern dieser Psychosen im jüngeren Lebensalter, wenn auch die Besonderheiten dieser Spätform früher eine Abtrennung von den übrigen Prägnanztypen der Schizophrenie nahelegten (SCHULTE u. TÖLLE 1979).

3. Altersverteilung

Die Altersverteilung beider Geschlechtergruppen im einzelnen läßt fast identische prozentuale Anteile in den jeweiligen Altersklassen erkennen.

Altersverteilung (Tab. 3)

Alter	Frauen		Männer		Insgesamt	
Jahre	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
-40	11	7,9	5	8,2	16	8,0
41-50	19	13,6	12	19,7	31	15,5
51-60	42	30,2	19	31,1	61	30,5
61-70	30	21,6	8	13,1	38	19,0
71-80	32	23,0	14	23,0	46	23,0
81-90	5	3,6	3	4,9	8	4,0

Die Gruppe der 51- bis 60-jährigen Männer und Frauen macht beinahe ein Drittel der Gesamtstichprobe aus; bei den Frauen 30,2 % und den Männern 31,1 %. Ein weiterer Häufigkeitsgipfel ist bei der Gruppe der 71- bis 80-jährigen erkennbar, die knapp ein weiteres Viertel umfaßt. Während die vergleichsweise kleine Gruppe der 81- bis 90-jährigen (4 %) durch die erhöhte Mortalität erklärt werden kann, verdient die Tatsache Beachtung, daß die Gruppe der bis 40-jährigen nur etwa 8 % der über 2 Jahre hospitalisierten Schizophrenen ausmacht. Diese günstigere Entwicklung in den jüngeren

Altersklassen ist auch noch bei der Gruppe der 41 bis 50-jährigen erkennbar, vor allem wenn man in Rechnung stellt, daß die Gruppen der 51 bis 90-jährigen, die immerhin 76,5 % der Gesamtstichprobe umfassen, im Laufe der Jahre durch vielerlei Einflüsse (Entlassung, Verlegung, Tod usw.) bereits geschrumpft sind.

4. Dauer des stationären Aufenthalts

Unter stationärer Aufenthaltsdauer soll im folgenden die Zeit des gegenwärtigen Krankenhausaufenthaltes, also von der Aufnahme bis zum Stichtag verstanden werden, gleichgültig, ob der Patient zum erstenmal oder nach mehrfachen Wiederaufnahmen erneut hospitalisiert werden mußte. Die vor einer eventuell erfolgten Wiederaufnahme bereits im Landeskrankenhaus verbrachte Zeitspanne bleibt hierbei also unberücksichtigt. Da nur 33 % der Gesamtstichprobe zum erstenmal stationär untergebracht war, dürfte die durch zwischenzeitliche Entlassungen und Verlegungen unterbrochene Gesamtaufenthaltsdauer der restlichen Personengruppe wesentlich höher liegen.
Bezüglich der mittleren stationären Aufenthaltsdauer ergab sich bei den Männern ein Zeitraum von 21 Jahren und bei den Frauen von 19 Jahren.

Stationäre Aufenthaltsdauer (Tab. 4)

Dauer	Frauen		Männer		Insgesamt	
Jahre	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
2-10	42	30,2	12	19,7	54	27,0
11-20	40	28,8	17	27,9	57	29,0
21-30	36	25,9	22	36,1	58	28,5
31-40	12	8,6	5	8,2	17	8,5
41-50	6	4,3	4	6,5	10	5,0
51-60	3	2,2	1	1,6	4	2,0

Wie aus Tab. 4 ersichtlich ist, wurde bei der Berechnung der stationären Aufenthaltsdauer von Zehnjahresabschnitten aus-

gegangen. 27 % der Gesamtstichprobe befinden sich zwischen 2 und 10 Jahren im Krankenhaus. Bemerkenswert ist das zahlenmäßige Übergewicht der Frauen in dieser Gruppe, deren Anteil 30,2 % ausmacht, während nur 19,7 % der Männer diesen Zeitraum für sich beanspruchen. Abgesehen vom zahlenmäßigen Übergewicht der Männer bei der 21 bis 30-jährigen Aufenthaltsdauer (36,1 % gegenüber 25,9 %) ergeben sich in den übrigen Zehnjahresabschnitten ähnlich wie bei der Altersverteilung wiederum fast identische prozentuale Anteile beider Geschlechtergruppen.
Immerhin befinden sich 15,1 % der Frauen und 16,3 % der Männer zwischen 31 bis 60 Jahren im Landeskrankenhaus, in absoluten Zahlen sind dies 21 Frauen und 10 Männer. Knapp die Hälfte der Frauen und genau die Hälfte der Männer erreichen 41 bis 60 Jahre; davon noch 3 Frauen und 1 Mann 51 bis 60 Jahre. Die stationäre Aufenthaltsdauer dieser letztgenannten Personengruppe beträgt im einzelnen: bei den Frauen 53, 54 und 59 Jahre, bei dem Mann 52 Jahre.

5. Zahl der stationären Aufenthalte

Der nachfolgenden Tabelle ist zu entnehmen, daß bei den Frauen bis zu 13 und bei den Männern bis zu 7 stationäre Aufenthalte anzutreffen sind.
11,5 % der Frauen und 3,2 % der Männer befinden sich mehr als fünfmal im Landeskrankenhaus; bezogen auf die Gesamtstichprobe sind die 9 %, 16 Frauen und 2 Männer. Die Gruppe derjenigen, die sich bis zum fünftenmal in stationärer Behandlung befindet, umfaßt bei den Frauen 88,5 % und bei den Männern 96,7 %; auf die Gesamtstichprobe bezogen 91 %.
Zum erstenmal in stationärer Behandlung befindet sich ein Drittel sowohl der Frauen als auch der Männer. Ein weiteres Viertel der Frauen (25,2 %) und mehr als ein Drittel der Männer (37,7 %) ist zum zweitenmal stationär, zum drittenmal 17,3 % der Frauen und 8,2 % der Männer.
Etwa Dreiviertel der Frauen- und Männergruppe (75,6 % gegenüber 78,7 %) befindet sich bis zum drittenmal in stationärer Behandlung.

Dagegen wird bei den geistig behinderten Schizophrenen bis zum dritten stationären Aufenthalt bereits ein Anteil von 91 % erreicht. Mehr als 4 stationäre Aufenthalte kommen in dieser Personengruppe nicht vor. Insbesondere beim ersten stationären Aufenthalt ist eine Häufung im Vergleich zur Gesamtgruppe festzustellen.

Zahl der Krankenhausaufenthalte (Tab. 5)

Zahl der stat. Aufenth.	Frauen		Männer		Insgesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1.	46	33,1	20	32,8	66	33,0
2.	35	25,2	23	37,7	58	29,0
3.	24	17,3	5	8,2	29	14,5
4.	11	7,9	6	9,8	17	8,5
5.	7	5,0	5	8,2	12	6,0
6.	4	2,9	1	1,6	5	2,5
7.	1	0,7	1	1,6	2	1,0
8.	3	2,2	-	-	3	1,5
9.	1	0,7	-	-	1	0,5
10.	1	0,7	-	-	1	0,5
11.	4	2,9	-	-	4	2,0
12.	1	0,7	-	-	1	0,5
13.	1	0,7	-	-	1	0,5

6. Zusammenhang zwischen Dauer des stationären Aufenthaltes und Anzahl der Krankenhausaufenthalte

Nachdem die Anzahl der stationären Aufenthalte und die Aufenthaltsdauer einzeln betrachtet worden waren, drängte sich die Frage nach Richtung und Ausmaß eines Zusammenhangs beider Daten auf.

Da mit "stationärer Aufenthaltsdauer", wie bereits weiter oben ausgeführt, die Zeit des gegenwärtigen Krankenhausaufenthaltes, also von der Aufnahme bis zum Stichtag umschrieben wird, gleichgültig, ob der Patient zum erstenmal oder

nach mehrfachen Wiederaufnahmen erneut hospitalisiert werden mußte, bestätigte sich die naheliegende Erwartung, daß die mittlere stationäre Aufenthaltsdauer bei steigender Zahl der stationären Aufenthalte abnimmt. In gleicher Weise verringert sich die mittlere Anzahl der stationären Aufenthalte mit zunehmender Hospitalisierungsdauer.
Im Idealfall sollte daher ein Patient mit der höchsten Wiederaufnahmeziffer zu den Personen mit der kürzesten Verweildauer gehören, während umgekehrt die längste Verweildauer nur von solchen Personen erreicht werden kann, die sich zum erstenmal in stationärer Behandlung befinden. (Siehe Tabellen 6 - 8).

Gesamtstichprobe (Tab. 6)

Dauer Jahre	Zahl der Krankenhausaufenthalte													Gesamt	Zahl der St.Aufn.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
2-10	9	12	11	6	5	1	2	3	1	1	2	1	-	54	3.9
11-20	15	12	11	9	5	3	-	-	-	-	2	-	-	57	3.0
21-30	24	22	6	2	2	1	-	-	-	-	-	-	1	58	2.1
31-40	8	8	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	1.6
41-50	8	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	1.2
51-60	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1.5
Summe	66	58	29	17	12	5	2	3	1	1	4	1	1	200	-
Dauer st.A.	25	23	14	13	12	15	6	7	2	4	8	3	21	19	2.7

Männer (Tab. 7)

Dauer Jahre	Zahl der Krankenhausaufenthalte							Gesamt	Mittlere Anzahl d. st.Aufn.
	1	2	3	4	5	6	7		
2-10	-	4	2	2	3	-	1	12	3.7
11-20	6	5	1	3	2	-	-	17	2.4
21-30	8	10	2	1	-	1	-	22	2.0
31-40	2	3	-	-	-	-	-	5	1.6
41-50	3	1	-	-	-	-	-	4	1.2
51-60	1	-	-	-	-	-	-	1	1.0
Summe	20	23	5	6	5	1	1	61	-
Dauer St.A.	28	22	13	14	10	23	5	21	2.3

Frauen (Tab. 8)

Dauer Jahre	Zahl der Krankenhausaufenthalte													Gesamt	Zahl der st.Aufn.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
2-10	9	8	9	4	2	1	1	3	1	1	2	1	-	42	4.0
11-20	9	7	10	6	3	3	-	-	-	-	2	-	-	40	3.3
21-30	16	12	4	1	2	-	-	-	-	-	-	-	1	36	2.2
31-40	6	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	1.6
41-50	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1.2
51-60	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1.6
Summe	46	35	24	11	7	4	1	3	1	1	4	1	1	139	-
Dauer st.A.	23	23	14	13	15	13	6	7	2	4	8	3	21	19	2.9

Die Richtigkeit der letzten Feststellung kann bei den unter Punkt 4. genannten 4 Personen mit der längsten Hospitalisierungsdauer nachgeprüft werden.
Von den drei Frauen befindet sich eine am 18.5.1908 geborene seit ihrer Erstaufnahme 53 Jahre lang in stationärer Behandlung; die zweite Patientin mußte schon 3 Wochen nach ihrer Entlassung zum zweitenmal aufgenommen werden und befindet sich seither 54 Jahre im Landeskrankenhaus. Die dritte, am 12.1.1890 geborene Patientin, kam am 21.7.1909 zum erstenmal in stationäre Behandlung des Westfälischen Landeskrankenhaus Warstein. Im Jahre 1919 wurde sie in das hiesige Landeskrankenhaus verlegt. Unter dem Gesichtspunkt einer Erstaufnahme befindet sie sich demnach 59 Jahre im Landeskrankenhaus Gütersloh. Wenn man den der Verlegung vorausgegangenen stationären Aufenthalt im Landeskrankenhaus Warstein mit berücksichtigt, ergibt sich eine Hospitalisierungsdauer von 69 Jahren.
Der am 6.4.1895 geborene männliche Patient befindet sich seit seiner erstmaligen Aufnahme 52 Jahre in stationärer Behandlung.
Das Beispiel der vier am längsten hospitalisierten Patienten macht somit deutlich, daß sich die Anzahl der stationä-

ren Aufenthalte mit zunehmender Hospitalisierungsdauer in Richtung einer einzigen Aufnahme verringert.

Wie den Tabellen 6 bis 8 zu entnehmen ist, verringert sich außerdem die stationäre Aufenthaltsdauer bei steigender Zahl der Wiederaufnahmen kontinuierlich. Dieser eindeutige Trend kann auch durch zwei Ausnahmen von der Regel nicht wesentlich gestört werden. Bei den beiden in Frage kommenden Personen handelt es sich einmal um einen Mann, der trotz sechsmaliger Aufnahme eine Hospitalisierungsdauer von 23 Jahren erreicht, zum anderen um eine Frau, die sich ungeachtet ihrer 12 Wiederaufnahmen seit 21 Jahren im Landeskrankenhaus aufhält.
Nach der 9. Wiederaufnahme im Jahre 1959 war sie am Ende des gleichen Jahres in ein zum Einzugsbereich des Westfälischen Landeskrankenhaus Gütersloh gehörendes Heim verlegt worden, aus welchem sie 9 Monate später wegen Verschlechterung des psychischen Befindens zurückverlegt werden mußte. Einer erneuten Verlegung in das gleiche Heim nach knapp 3 Wochen folgte eine baldige 11. Wiederaufnahme. Im Frühjahr 1961 wurde die Patientin dann in ein Paderborner Heim verlegt, von wo aus sie in den folgenden 6 Jahren insgesamt dreimal im Anschluß an Suicidversuche in das Westfälische Landeskrankenhaus Warstein kam. Nach Beruhigung des Krankheitsgeschehens anläßlich der 3. Aufnahme im dortigen Landeskrankenhaus erfolgte am 16.10.1967 die Verlegung in das Landeskrankenhaus Gütersloh, wo sie sich nunmehr seit 21 Jahren befindet.
Abgesehen von der langen Hospitalisierungsdauer dieser beiden Personen mit gleichzeitig hoher Wiederaufnahmeziffer geht die stationäre Aufenthaltsdauer bei steigender Zahl der stationären Aufnahmen durchgängig zurück.

Auffallend ist das generelle Absinken der Hospitalisierungsdauer nach der 6. Aufnahme sowie die geringere Wiederaufnahmefrequenz bei den Männern im Vergleich zu den Frauen. Bezüglich der Frage nach den Ursachen dieser Phänomene wird

man über Vermutungen wohl nicht hinauskommen, ebensowenig wie bei der Frage, warum die Gruppe der chronisch schizophrenen Männer weniger als die Hälfte der Frauengruppe ausmacht. Hinter der höheren Wiederaufnahmeziffer bei den Frauen könnten sich sowohl leichtere Krankheitsverläufe als auch eine geringere Toleranzfähigkeit seitens der Umwelt verbergen. Der letztlich aber nur scheinbar leichtere Krankheitsverlauf bei den betroffenen Frauen (5,5 % der Gesamtgruppe) hätte demnach die behandelnden Ärzte zu wiederholten Entlassungen ermutigt, die aber früher oder später in eine Wiederaufnahme einmündeten. Ob dies Scheitern aber allein der psychischen Dekompensation der Betroffenen, dem sozialen Umfeld oder einem Zusammenwirken beider Faktoren zuzurechnen ist, muß im Dunkeln bleiben.

Auf die Männergruppe bezogen könnte gefolgert werden, daß entweder nach der 7. Aufnahme weitere Entlassungsveruche an der Schwere des Krankheitsverlaufs gescheitert sind, oder spätere Entlassungen im Gegensatz zur Frauengruppe aus vielerlei Gründen von Erfolg gekrönt waren, so daß eine erneute Wiederaufnahme nicht erforderlich wurde. Die geringere Wiederaufnahmefrequenz der Männer mag aber auch dadurch bedingt sein, daß behinderte Männer zu Hause eher versorgt werden können als behinderte Frauen. Entscheidend dürfte hierbei die Funktionsfähigkeit des Haushaltes sein.

II. Symptomatologische Betrachtung

1. Zahlenmäßiger Vergleich (Tab. 9)

Diagnose ICD*-Nr.:	Frauen		Männer		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
295.1	5 (3)	3,6	1	1,6	6 (3)	3,0
295.3	8	5,7	6	9,8	14	7,0
295.6	99 (19)	71,2	45 (8)	73,8	144 (27)	72,0
295.7	1	0,7	-	-	1	0,5
297.0	-	-	1	1,6	1	0,5
297.1	9	6,4	-	-	9	4,5
Floride Symptom.	17 (1)	12,2	8 (1)	13,1	25 (2)	12,5
Gesamt	139 (23)	-	61 (9)	-	200 (32)	-

Geistige Behinderung ( )	16,5 %	14,7 %	16,0 %

ICD*-Nr.	Diagnose
295	Schizophrenie
.1	Hebephrene Form
.3	Paranoid (-halluzinatorische) Form
.6	Schizophrene Rest- und Defektzustände
.7	Schizoaffektive Psychosen
297	Paranoide Syndrome (mit Ausnahme akuter paranoider Reaktionen unter 298.3)
.0	Paranoia
.1	Paranoide Psychose im Involutionsalter

* ICD = International Classification of Diseases.

Der Übersicht ist zu entnehmen, daß 71,2 bis 73,8 % der langfristig Hospitalisierten aufgrund der bei ihnen angetroffenen Symptomatik als zur Gruppe der "Schizophrenen Rest- und Defektzustände" gehörend angesehen werden müssen.

Floride Symptomatik, auf welche später noch näher eingegangen werden soll, findet sich bei 12,2 bis 13,1 % der Patienten. Während sich die Personen mit produktiv-psychotischer Symptomatik ohne große Umschweife über die sie bedrängenden wahnhaften Vorstellungen und Erlebnisse äußerten, gaben die unter der ICD-Nr.: 295.3 erfaßten Personen selbst bei längerer Befragung nur widerstrebend paranoid-halluzinatorische Symptomatik an.

Die hebephrene Form der Schizophrenie wurde bei den Frauen fünfmal, davon dreimal im Zusammenhang mit geistiger Behinderung, bei den Männern dagegen nur einmal beobachtet.

Geistige Behinderung leichten bis schwersten Grades konnte bei insgesamt 32 Personen (16 %) festgestellt werden; davon 23 Frauen (16,5 %) und 9 Männer (14,7 %).

Erwähnenswert ist noch das Auftreten einer Paranoiden Psychose im Involutionsalter bei 9 Frauen (6,4 %), die sich fast ausnahmslos durch eine geschlossene und systematische Wahnbildung mit außerhalb der wahnhaften Komplexe intakter Persönlichkeit auszeichnet.
Bei dieser Störung ergeben sich Ähnlichkeiten mit der Paranoia, die einen Randtypus aus der Gruppe der Schizophrenien darstellt und nur sehr selten (1,8 %) vorkommt (HUBER 1976). In der vorliegenden Untersuchung ist sie bei einem Mann (1,6 % der Geschlechtergruppe) und 0,5 % der Gesamtgruppe nachweisbar.

2. Residualzustand und endgültiger Residualzustand

Kennzeichnend für den schizophrenen Residualzustand ist das Vorherrschen schizophrener Grundsymptome, während akzessorische Symptome im Sinne einer floriden psychotischen Symptomatik kaum mehr anzutreffen sind. Aus diesem Grunde wird bei der symptomatologischen Betrachtung die Patientengruppe mit überwiegend produktiv-psychotischen Stadien aus der großen Gruppe der Residualsyndrome herausgenommen und in einem besonderen Kapitel behandelt.

Innerhalb des Residualzustandes lassen sich wiederum weitgehend uncharakteristische Zustandsbilder, denen querschnittsbildlich nicht typisch Schizophrenes anhaftet, von solchen endgültigen Formen unterscheiden, die sich durch Verschrobenheit des Denkens und Verhaltens, Antriebslahmheit, Verarmung des Affektes bis hin zum Autismus auszeichnen.

Wenn man von der Gruppe mit florider psychotischer Symptomatik absieht, die 12,2 bis 13,1 % des Gesamtkollektivs ausmacht, dann finden sich in der verbleibenden Restgruppe 22,8 % uncharakteristische Residualsyndrome oder Residualzustände und 77,2 % endgültige Residualzustände, früher auch als "Defekt- oder Endzustand" bezeichnet.

M. BLEULER (1972) beobachtete in seiner fortlaufenden Untersuchung von 208 Schizophrenen, deren durchschnittliches Alter allerdings um zwei bis fünf Jahre höher lag als bei den Patienten der vorliegenden Untersuchung, einen Anteil von "Endzuständen" bei gut der Hälfte bis drei Viertel aller Patienten. In ihrer katamnestischen Langzeitstudie an chronisch Schizophrenen sahen CIOMPI u. MÜLLER (1976) bei ihren Probanden, deren durchschnittliches Alter jedoch 16 bis 19 Jahre über dem unserer Patienten lag, nur in 17 von 289 Fällen, d.h. in 5,9 %, noch eine floride und unstabile Psychose. Der Anteil der "Endzustände" lag dort bei 90,6 %. Ihrer Meinung nach handelt es sich bei dieser auffälligen Diskrepanz um einen spezifischen Effekt des Alters, dem eine ausgeprägte Stabilisierungstendenz zugeschrieben werden darf.

3. Floride Symptomatik

Bei 13,1 % der Männer beherrscht auch heute noch eine produktive Symptomatik das Krankheitsgeschehen. Bei etwa der Hälfte dieser Personengruppe stehen Größenideen ganz im Vordergrund, die bei einigen ausgesprochen expansiven Charakter haben; angefangen von einer besonderen Abstammung bis hin zu unzähligen akademischen Titeln. Daneben sind Be-

einträchtigungen, insbesondere im Sinne magischer Fernwirkungen häufig anzutreffen, mit deren Hilfe sich Außenstehende auf dem Wege der Hypnose oder des Fernsehens Einfluß zu verschaffen scheinen. Leibliche und akustische Halluzinationen, Beeinträchtigungen auf sexuellem Gebiet und Gedankenbeeinflussung sind dagegen seltener anzutreffen.
Im folgenden einige Beispiele aus Krankengeschichten:

> 38-jähriger Patient, ledig. Stationär seit der Wiederaufnahme vor 8 Jahren. Monotone Sprache, starre Mimik. Früher sei er Arzt gewesen, habe Menschen aus Trümmern geborgen, sie wieder in Ordnung gebracht. Große Menschen seien das gewesen: Generäle, Feldmarschälle und Könige. Auch Scheel und Dönitz seien von ihm geborgen worden.
>
> 74-jähriger Patient, geschieden, 2 Kinder. Befindet sich zum zweitenmal seit 26 Jahren in stationärer Behandlung. Während der Exploration sehr redselig, liest Briefe verworrenen Inhalts vor. Er besitze zahlreiche Titel. So sei er 8mal Professor, 13mal Doktor, 1mal Oberlandesrat und mehrere Male Landesmedizinalrat. Die Frage nach Abgabe eines der vielen Titel wehrt er ab: "Jeder muß sich seinen Titel erwerben".
>
> 61-jähriger Patient, ledig. Seit 27 Jahren zum zweitenmal stationär. Äußerst versponnen und verschroben, schaut am Gegenüber vorbei. Monologisiert vor sich hin. Man bestrahle ihn ständig mit Röntgenstrahlen. Er sei der Psychiater auf der Station. Er wolle noch studieren; gebildete Menschen sollten sich mit Musik beschäftigen. Gebraucht während des Gesprächs Neologismen ("Geraubmordet", "sozialverbrecherisch").

In der Gruppe der Frauen ist eine floride psychotische Symptomatik bei 12,2 % feststellbar. Ebenso wie bei den Männern werden auch von ihnen Größenideen am häufigsten geäußert, die in einigen Fällen gleichfalls stark expansive Züge aufweisen. Neben vielfältigen Beeinträchtigungen seitens der Umwelt lassen sich hier vermehrt leibliche Halluzinationen, vorwiegend sexuellen Inhalts, seltener dagegen akustische

Halluzinationen nachweisen. Gedankenausbreitung, Gedankenbeeinflussung und Gedankenaustausch treten vereinzelt auf. Beispiele:

> 48-jährige Patientin, verheiratet, 2 Kinder. Erstaufnahme 1958. Inzwischen 11. Aufnahme vor 2 Jahren. Betritt unaufgefordert das Zimmer, wirkt distanzlos, redet hastig und steigert sich dabei in sichtliche Erregung hinein. Sei mit 5 Jahren zur Universität gegangen, bis zum 7. Lebensjahr; habe auch Erfindungen gemacht. Man schneide ihr Körperteile ab, die anschliessend wieder nachwachsen würden. Nachts habe man ihr die Lunge aus dem Leib geschnitten.

> 75-jährige Patientin, verheiratet. Erstaufnahme 1951. Seit der Wiederaufnahme im Herbst des gleichen Jahres nunmehr 27 Jahre stationär. Berichtet, daß sie mit allen Fürstenhäusern bekannt sei. Sie besitze die "Fürstenehre".

> 65-jährige Patientin, ledig. Vierte Aufnahme vor 11 Jahren. Ihre Mutter sei Königin von Geburt gewesen, habe selbst Möbel hergestellt.

> 76-jährige Patientin, geschieden, keine Kinder. Dritte Aufnahme vor 7 Jahren. Gibt an, Besitzerin der Anstalt zu sein. Sie habe sowohl Heuss als auch Adenauer beraten, sei auch Sozialminister. Die Uno habe sie eingesetzt, um an einer Gesetzesreform zu arbeiten.

4. Geistige Behinderung

Unter den männlichen Schizophrenen weisen 9 Personen (14,7 % der Geschlechtergruppe) eine geistige Behinderung leichten bis schwersten Grades auf, davon ein Patient mit florider psychotischer Symptomatik. Zur ungünstigen Prognose einer schizophrenen Erkrankung bei gleichzeitigem Hinzutreten einer Minderbegabung paßt die Feststellung, daß im Vergleich zur Gesamtgruppe, abgesehen von 2 Männern, diese Personen fast zu gleichen Anteilen zum ersten- oder zweitenmal stationär untergebracht sind, die ungünstige Entwicklung der Erkrankung demnach weitere Entlassungsversuche verhindert hat. Andererseits liegt die durchschnittliche stationäre

Aufenthaltsdauer dieser Gruppe mit 24 Jahren nicht wesentlich über der Aufenthaltsdauer der anderen langfristig hospitalisierten Männer, die dort 21 Jahre beträgt.

Geistige Behinderung (Tab. 10)

Diagnose	Frauen		Männer		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Residual-zustand	19	82,60	8	88,80	27	84,37
Hebe-phrenie	3	13,04	-	-	3	9,37
Floride Symptom.	1	4,35	1	11,10	2	6,21
Gesamt	23	-	9	-	32	-

Von den 23 Frauen (16,5 % der Geschlechtergruppe) bieten 3 Personen ein hebephrenes und eine Patientin ein produktiv-psychotisches Bild. Ebenso wie bei den Männern zeigt sich auch hier im Vergleich zur Geschlechter- und Gesamtgruppe eine Häufung beim ersten stationären Aufenthalt, während bezüglich des 2. und 3. stationären Aufenthalts eine wesentliche Abweichung von den anderen weiblichen langfristig Hospitalisierten nicht erkennbar ist. Nach der dritten Aufnahme sind auch bei der Frauengruppe weitere Entlassungsversuche nicht mehr gemacht worden. Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer unterschreitet mit 17 Jahren die Aufenthaltsdauer der anderen langfristig hospitalisierten Frauen um 2 Jahre. Verglichen mit der oben besprochenen Männergruppe ergibt sich sogar eine Verkürzung des durchschnittlichen stationären Aufenthalts um 7 Jahre.
Damit gewinnt die bereits früher angesprochene Vermutung zunehmend an Gewicht, wonach in der Männergruppe schwere Krankheitsverläufe häufiger als bei den Frauen anzutreffen sind.

5. Coenästhetische Störungen

Nach HUBER (1976) sollen diese "qualitativ eigenartigen Leibgefühlsstörungen" bei den chronisch Schizophrenen vorherrschend sein. Insofern wurde den von ihm beschriebenen Störungen bei der untersuchten Personengruppe besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Es bestand die allgemeine Erwartung, ohne große Mühe bei der Mehrzahl der chronischen Patienten eine entsprechende Symptomatik nachweisen zu können, zumal dem Kliniker ohne Zweifel von schizophrenen Patienten hin und wieder solche Störungen in Erinnerung sind.

Bei den untersuchten 200 chronisch Schizophrenen ließ sich in keinem Fall die von HUBER beschriebene Symptomatik nachweisen. Auch wo sich in ganz seltenen Fällen einmal Ansätze in dieser Richtung zu eröffnen schienen, mußte die Diagnose spätestens in dem Moment wieder fallengelassen werden, als sich bei näherer Befragung dann doch eine leibliche Halluzination mit dem Kriterium des "Gemachten" herauskristallisierte oder eine organische Grundlage der geschilderten Störungen offenkundig wurde.

Dieses zunächst überraschende Untersuchungsergebnis wird verständlicher, wenn man die diesbezüglichen widersprüchlichen Angaben von HUBER berücksichtigt. Obgleich eine solche Symptomatik bei 73 % der Schizophrenen vorkommen soll, wurde die coenästhetische Form bei einer von ihm durchgeführten Untersuchung an Anstaltspatienten (Wiesloch-Studie) nur in 3 % der Fälle beobachtet. Wenn man diese erhebliche Einschränkung berücksichtigt, dann darf die erfolglose Suche nach entsprechenden Störungen bei 200 langfristig hospitalisierten Schizophrenen nicht allzusehr enttäuschen. Dennoch erhebt sich die grundsätzliche Frage, wo denn die mit diesen Störungen vorwiegend behafteten chronisch Schizophrenen anzutreffen sind, wenn nicht in einem Landeskrankenhaus.

E. ZUSAMMENFASSUNG

Inwieweit bei den 200 langfristig hospitalisierten Schizophrenen des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh noch spezifische schizophrene Symptome nachweisbar sind, war eine der Fragestellungen der vorliegenden Arbeit. Es konnte gezeigt werden, daß bei 13,1 % der männlichen und bei 12,2 % der weiblichen Personen auch heute noch eine produktive Symptomatik im Vordergrund des Krankheitsgeschehens steht. In der verbleibenden Restgruppe fanden sich 22,8 % uncharakteristische Residualzustände, denen querschnittsbildlich nichts typisch Schizophrenes anhaftet, und 77,2 % endgültige Residualzustände, früher auch "Defekt- oder Endzustand" genannt, die sich durch Verschrobenheit des Denkens und Verhaltens, Antriebslahmheit, Verarmung des Affektes bis hin zum Autismus auszeichnen. Diese Ergebnisse entsprechen weitgehend den von M. BLEULER (1972) und CIOMPI u. MÜLLER (1976) gemachten Beobachtungen an 208 bzw. 289 chronisch Schizophrenen.

Von den männlichen Schizophrenen wiesen 9 Personen (14,7 % der Geschlechtergruppe) und von den weiblichen Schizophrenen 23 Personen (16,5 % der Geschlechtergruppe) eine geistige Behinderung leichten bis schwersten Grades auf. Zur ungünstigen Prognose einer schizophrenen Erkrankung bei gleichzeitigem Hinzutreten einer Minderbegabung paßt die Feststellung, daß im Vergleich zur Gesamtgruppe, abgesehen von 2 Männern, diese Patienten fast zu gleichen Anteilen zum ersten- oder zweitenmal stationär untergebracht sind, die ungünstige Entwicklung der Erkrankung demnach weitere Entlassungsversuche verhindert hat. Der in diesem Zusammenhang auch heute noch hin und wieder gebräuchliche Begriff "Propfschizophrenie" sollte vermieden werden, da bei den schizophrenen Psychosen Schwachsinniger die Minderbegabung wahrscheinlich nur insofern wirksam ist, als sie das Erscheinungsbild färbt und gestaltet. Sinnvoller ist es, von "Schizophrenie bei Schwachsinnigen" zu sprechen, weil in der Regel eine zufällige Kombination von Oligophrenie und Schizophrenie vorliegt.

Entgegen den Erwartungen ließen sich bei den 200 untersuchten chronisch Schizophrenen die von HUBER (1976) beschriebenen coenästhetischen Störungen in keinem Fall nachweisen, obgleich doch gerade bei den sog. Defektzuständen entsprechende Beschwerden gehäuft auftreten sollen. Auch dort, wo sich in ganz seltenen Fällen einmal Ansätze in dieser Richtung zu eröffnen schienen, mußte eine solche Diagnose spätestens in dem Moment wieder fallengelassen werden, als sich bei näherer Befragung dann doch eine leibliche Halluzination mit dem Kriterium des "Gemachten" herauskristallisierte oder eine organische Grundlage der geschilderten Störungen offenkundig wurde.
Somit erscheint die von HUBER postulierte Häufigkeit coenästhetischer Störungen zumindest bei chronisch Schizophrenen zweifelhaft und bedarf weiterer Nachprüfung. Darüber hinaus ergibt sich aus der Sicht chronisch schizophrener Krankheitsverläufe keine Bestätigung dafür, von der "Coenästhesie" als von einer weiteren Unterform der Schizophrenie zu sprechen. Schon K. SCHNEIDER (1976) brachte zum Ausdruck, daß es wenig fruchtbar sei, über die allgemein übliche Typologie hinaus weitere Typen aufzustellen.

Die Analyse des gewonnenen umfangreichen Datenmaterials ergab bezüglich der ununterbrochenen stationären Aufenthaltsdauer bei den Männern einen Zeitraum von 21 und bei den Frauen von 19 Jahren. Da nur 33 % der Gesamtstichprobe zum erstenmal stationär untergebracht war, dürfte die durch zwischenzeitliche Entlassungen und Verlegungen unterbrochene Gesamtaufenthaltsdauer der restlichen Personengruppe wesentlich höher liegen. So befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung immerhin 15,1 % der Frauen und 16,3 % der Männer zwischen 31 und 60 Jahren im Landeskrankenhaus. Knapp die Hälfte der Frauen und genau die Hälfte der Männer waren 41 bis 60 Jahre stationär untergebracht; davon noch 3 Frauen und 1 Mann 51 bis 60 Jahre.
Die Annahme, daß die mittlere Hospitalisierungsdauer bei steigender Zahl der stationären Aufenthalte abnimmt, konnte be-

stätigt werden. Ebenso verringert sich die mittlere Anzahl der stationären Aufenthalte mit zunehmender Hospitalisierungsdauer.
Bemerkenswert war das generelle Absinken der Hospitalisierungsdauer nach der 6. Aufnahme sowie die geringere Wiederaufnahmefrequenz bei den Männern im Vergleich zu den Frauen. Verschiedene Anzeichen deuteten darauf hin, daß sich hinter diesem Phänomen einerseits schwerere Krankheitsverläufe verbergen und zum anderen behinderte Männer zu Hause eher versorgt werden können als behinderte Frauen. Neben anderen äußeren Einflüssen könnte die bessere Versorgungsmöglichkeit behinderter Männer mit ein Grund dafür sein, warum die Gruppe der Männer wie in vergleichbaren Untersuchungen (HUBER u. Mitarb. 1976; CIOMPI u. MÜLLER 1976) weniger als die Hälfte der Frauengruppe ausmachte.

LITERATURVERZEICHNIS

BLEULER,E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Neubearbeitet von M.BLEULER. 14. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1979.

BLEULER,M.: Klinik der schizophrenen Geistesstörungen. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II/1, 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1972.

BLEULER,M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme 1972.

BLEULER,M.: Die Schizophrenien: die langen Verläufe und ihre Formbarkeit. In: HUBER,G.(Hrsg.) Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. Stuttgart, New York: Schattauer 1973.

CIOMPI,L.u.MÜLLER,C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium. (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie,Bd.12). Berlin,Heidelberg,New York: Springer 1976.

DEGKWITZ,R.,HELMCHEN,H.,KOCKOTT,G.u.MOMBOUR,W.(Hrsg.): Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten: dt.Ausgabe d.internat.Klassifikation d.Krankheiten der WHO. ICD(=International Classification of Diseases). 9. Revision, Kapitel V. Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN). 5. Auflage, korrigiert nach der 9. Revision der ICD. Stand: Herbst 1979 - Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1980.

DÖRNER,K.: Psychiatrie und Gesellschaftstheorien. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. I/1, 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1979.

HUBER,G.,GROSS,G.,SCHÜTTLER,R.: Konsequenzen der Verlaufsuntersuchungen für Therapie und Rehabilitation der Schizophrenien. In: HUBER,G.(Hrsg.) Therapie, Rehabilitation und Prävention schizophrener Erkrankungen. Stuttgart, New York: Schattauer 1976.

HUBER,G.: Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer 1976.

JANZARIK,W.: Schizophrene Verläufe. Eine strukturdynamische Interpretation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1968.

JANZARIK,W.: Themen und Tendenzen der deutschsprachigen Psychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1974.

JASPERS,K.: Allgemeine Psychopathologie. 9. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1973.

MAUZ,F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen. Leipzig: Thieme 1930.

PETERS,U.H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. 2. Auflage. München, Wien, Baltimore: Urban u. Schwarzenberg 1977.

SCHNEIDER,K.: Klinische Psychopathologie. 11. Auflage. Stuttgart: Thieme 1976.

SCHULTE,W.u.TÖLLE,R.: Psychiatrie. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1979.
SCHÜTTLER,R.,GROSS,G.u.HUBER,G.: Die Bedeutung sozialer Faktoren für den Verlauf schizophrener Erkrankungen. In: HUBER,G.(Hrsg.) Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen. Stuttgart, New York: Schattauer 1973.
SÜLLWOLD,L.: Symptome schizophrener Erkrankungen. Uncharakteristische Basisstörungen. (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie,Bd.13). Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1977.
WEITBRECHT,H.-J.: Psychiatrie im Grundriß. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1973.
WINKLER,W.Th.: Übertragung und Psychose. Bern, Stuttgart, Wien: Huber 1970.

DANKSAGUNG

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor W.Th. Winkler für seine spontane Bereitschaft, die vorliegende Arbeit anzuregen und zu betreuen.

Als seinerzeitiger Direktor des Westfälischen Landeskrankenhauses Gütersloh galt sein Interesse nicht zuletzt den langfristig hospitalisierten Schizophrenen und ihrer wohl eigentümlichen, aber keinesfalls eigengesetzlichen und schon gar nicht einförmigen Krankheitsentwicklung. Diesem Interesse entsprangen die eingangs genannten Fragestellungen.

LEBENSLAUF

Am 28. Januar 1945 wurde ich als Sohn des Landwirts Otto Wildermuth und seiner Ehefrau Christine, geb. Schlenker, in Preußisch Stargard/Westpreußen geboren. Die wenige Tage später erfolgte Flucht führte meine Mutter und mich schließlich nach Haverbeck bei Hameln, wo sich bereits der ebenfalls geflüchtete Vater zusammen mit meiner zwei Jahre älteren Schwester aufhielt.

In Haverbeck und Hemeringen ging ich von 1951 bis 1959 zur Volksschule. Im Anschluß daran absolvierte ich die Zweijährige Handelsschule in Hameln/Weser. Anfang April 1961 begann ich eine Ausbildung zum Postassistenten beim Postamt Hameln, die ich zwei Jahre später mit der Prüfung für den mittleren Postdienst abschloß. Von 1963 bis Ende April 1966 übte ich eine Tätigkeit im mittleren Postdienst beim Postamt Hannover im Schalterdienst und in der Rundfunkabrechnungsstelle aus. Vom 2. Mai 1966 bis zum 30.4.1967 gewährte mir die Deutsche Bundespost unbezahlten Urlaub zum Besuch des Oldenburg-Kollegs, einem Institut zur Erlangung der Hochschulreife. Da der Urlaub auf ein Jahr befristet war, der Besuch des Kollegs jedoch zwei Jahre in Anspruch nahm, schied ich mit Ablauf des 30.4.1967 auf eigenen Antrag aus dem Beamtenverhältnis aus.

Nach dem Erwerb der Hochschulreife im September 1968 begann ich im Wintersemester des gleichen Jahres mit dem Psychologiestudium an der Universität Bonn. Ein Jahr später nahm ich außerdem das Medizinstudium in Bonn auf und führte nunmehr das Psychologiestudium als Zweitstudium fort. Im Mai 1973 schloß ich zunächst das Studienfach Psychologie mit dem Hauptdiplom erfolgreich ab. Am 25. Juni 1975 beendete ich das Medizinstudium mit der ärztlichen Prüfung.

Als Medizinalassistent war ich vom 1.9.1975 für die Dauer von sechs Monaten an der chirurgischen Abteilung des St.-Josef-

Hospitals, Köln-Kalk, und sechs weitere Monate an der inneren Abteilung des Evangelischen Krankenhauses, Köln-Lindenthal, tätig. Die Approbation als Arzt erhielt ich am 1.9.1976.

In der Zeit vom 1.9.1976 bis zum 31.8.1979 befand ich mich am Westfälischen Landeskrankenhaus Eickelborn in psychiatrischer Weiterbildung. Am 1.9.1979 wurde ich für die Dauer eines Jahres zum Landeskrankenhaus Gütersloh abgeordnet, um an der dortigen neurologischen Abteilung die neurologische Weiterbildungszeit zu absolvieren.

Am 11.12.1974 heiratete ich die Apothekerin Dagmar Neumann. Wir haben zwei Kinder; einen Jungen und ein Mädchen.